

【診察の前に初診の方のみご記入ください。】

記入日 年 月 日

ふりがな			
氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	年齢	才
住所		電話	( ) - ( ) -

I. 本日、当院に受診されたのはどうしてですか？

(どちら目が?) 〔右目・左目・両目〕が (いつ頃?) \_\_\_\_\_ 頃より

- ・目が痛い ・ゴロゴロする ・ちくちくする ・涙が出る ・かわく ・つかれる
- ・赤い ・目やにが出る ・かゆい ・おもし ・まぶしい ・まぶたがはれた ・しこりがある

- ・かすむ・みえにくい (遠くが、手元が、一部分が、全体が、中央が、明るいところで、暗い所で)
- ・黒いものが見える ・光ったものが見える ・ゆがんで見える

- ・メガネ・コンタクト (ソフト、ハード) を作りたい。本日、装用しているか (有・無)  
作るのは (初めて、今までも使っていた⇒ (種類と期間 \_\_\_\_\_ )

- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

II. 今までに上記の理由あるいは他の理由で眼科の診察を受けられましたか？

- ・受けない・受けた いつ頃? \_\_\_\_\_ なんて言われましたか? \_\_\_\_\_  
治療は? お薬 \_\_\_\_\_  
レーザー \_\_\_\_\_  
手術 \_\_\_\_\_

III. 今までに大きな全身の病気にかかったことはありますか？

- ・特にない・ある 高血圧 ・糖尿病 ( \_\_\_\_\_ 年前) ・喘息 ・心臓病 ・その他 ( \_\_\_\_\_ )  
現在使っているお薬があれば教えてください ( \_\_\_\_\_ )

IV. お薬や食べものでアレルギーをおこしたことはありますか？

- ・特にない・ある (お薬・注射: \_\_\_\_\_ 食べ物: \_\_\_\_\_)

V. これから受ける診察について、特にご希望、ご意見がありましたら、ご記入ください。

記入者 \_\_\_\_\_